

子育て支援ショートステイ 健康カード

保護者氏名		(ふりがな)	(児童との続柄)	記入日	年 月 日
児童	氏名	(ふりがな)	(家庭での呼び名)	性別	男・女
	生年月日	年 月 日	歳	所属 (学校・保育園等)	(年)
利用期間中の連絡先		①	(児童との続柄)	電話	勤務先 - - 自宅 - - 携帯 - -
		②		電話	勤務先 - - 自宅 - - 携帯 - -

※内容に変更が無い場合、以下の記入は不要です。

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 一人でできる (はし、スプーン) <input type="checkbox"/> 要介助			
	トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トレーニング中 ()			
	夜尿	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	睡眠	起床時間	時 分	就寝時間	時 分
	昼寝	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (時から 時まで)			
	その他				
健康状態	平熱	℃			
	ひきつけ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (歳 カ月 回 / 最後は 年 月頃)			
	既往症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	アレルギー症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院等名)			
	現在通院中	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病名)			
	持参薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※別紙服薬支援依頼書を提出してください。			
	その他				

※予防接種を受けた項目に○をしてください。

三種混合	第1期 (1回・2回・3回・追加) ・第2期 (1回)	ロタウイルス	1回・2回・(3回)
ポリオ	1回・2回	BCG	1回
インフルエンザ菌b型 (hib)	1回・2回・3回・追加	麻しん・風しん	第1期 (1回) 第2期 (2回)
四種混合	第1期 (1回・2回・3回・追加) 第2期 (1回)	水痘	1回・2回
五種混合	第1期 (1回・2回・3回・追加) 第2期 (1回)	日本脳炎	第1期 (1回・2回追加) 第2期 (1回)
小児肺炎球菌	1回・2回・3回・追加	おたふくかぜ	1回・2回 かかった (歳 カ月頃)
B型肝炎	1回・2回・3回	インフルエンザ	1回 (2回)

* 当日の健康状態に変化があった場合は、必ず施設にお伝えください。